

麻薬 研究 者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	福岡市博多区～～		
	名 称	〇〇大学〇〇学教室 ※麻薬を使用する研究機関の正式名称を記入してください (研究室名・講座名まで記入してください)		
麻薬施用者又は麻薬研究者に あつては、従として診療又は研 究に従事する麻薬診療施設又 は麻薬研究施設	所在地	福岡市東区～～		
	名 称	〇〇研究所 麻薬研究者は記入不要の項目です。		
許 可 又 は 免 許 の 番 号		種別 第	号	許可又は免 許の年月日
申 請 者 の 欠 格 条 項	(1) 法第51条第1項の規定により 免許を取り消されたこと。	なし ・ あり ()		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし ・ あり ()		
	(3) 医事又は薬事に関する法令又は これに基づく処分に違反したこと。	なし ・ あり ()		
	(4) 暴力団員による不当な行為の防 止等に関する法律第2条第6号 に規定する暴力団員又は同号に 規定する暴力団員であつたこと。	なし ・ あり ()		
	(5) (4)に規定する者に事業活動を 支配されていること。	なし ・ あり ()		
備 考		1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)		
		令和7年 4月 1日から免許希望 (希望がある場合のみ)		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
〇年 〇月 〇日				
申請年月日(書類を提出される日)を記入してください。				
住 所 福岡県大野城市～～				
氏 名 福岡 太郎				
麻薬業務所所在地ではなく、自宅住所を記入してください。				
免許申請の担当者の名前、連絡先を記入してください。直通番号ではない場合や麻薬業務所以外の連絡 先となる場合、部署名等も併せて御記入ください。				
研究施設の開設者名ではな く、申請者自身の個人名を 記載してください。				

わたべ

担当者名 人事課 渡辺

連絡先TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、A 4 とする。
- (2) 欠格条項の (1) 欄から (5) 欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1) 欄にあってはその理由及び年月日を、(2) 欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3) 欄にあってはその違反の事実及び年月日を、(4) 欄及び (5) 欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。

診 断 書

氏 名	福岡 太郎		
生年月日	○年 ○月 ○日	年 齢	○○歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

- 1 精神機能
精神機能の障害 ☒ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要

「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

- 2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 ☒ なし ☐ あり

診断年月日	○年 ○月 ○日		※詳細については	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名 称	○○病院	
		所 在 地	○○市○○区～～	
		電話番号	○○○-○○○-○○○○	
	氏 名		※診断した医師の氏名を記入してください 印	

※診断した医療機関の名称、所在地、電話番号を記入してください（ゴム印も可）。

免許証の照合欄	医師の署名もしくは記名・押印が必要です。	診断医師の個人印です。氏名が直筆（署名）である場合、押印を省略可。
免許の番号及び年	※照合欄は受付の保健（福祉環境事務）所で記入する欄ですので、申請者は記入しないでください。	
年		
保健（福祉（環境）事務）所係長 職名		
氏名		

年 月 日

研究同意書

福岡県知事 殿

麻薬研究施設の設置者名 設置者印

(又は施設長名) (又は施設長印)

〇〇〇〇（研究者氏名）が、▲▲▲▲（研究施設名）において、研究計画書の
おり研究を行うことに同意します。